

Muestra de Carta para deducible o copago solamente de maternidad

Nombre de solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____

FMN# (Si lo tiene): _____

Fecha de hoy: _____

Medi-Cal Access Program
P.O. Box 15559
Sacramento, CA 95852-0559

Estimados Medi-Cal Access Program,

Yo declaro que tengo seguro de salud lo cual cubre mi embarazo. La cantidad en dólares de mi deducible o copago específicamente para servicios solamente de maternidad es:

(Indica la cantidad en dólares de deducible o copago)

La información que he dado arriba es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Atentamente,

Firma de la persona solicitando Medi-Cal Access Program